

Lens İçi Metal Yabancı Cisime Yaklaşım

An Approach to Intralenticular Metal Foreign Body

Ayşe VURAL ÖZEÇ¹, Mustafa KoSKER², Kadir KIRBOĞA³, Mustafa İlker TOKER¹, Haydar ERDOĞAN⁴,
Ayşen TOPALKARA⁴, Mustafa Kemal ARICI⁴

ÖZ

Lens içi cisimler tüm göz içi yabancı cisimlerin %5-10'unu oluşturur ve ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Göz içi yabancı cisimler neredeyse tüm olgularda katarakta neden olur. Tedavi şekli yabancı cismin büyüklüğü, yerleşimi ve materyalin tipi gibi bir çok faktöre bağlıdır. Biz burada lens içinde yabancı cisim bulunan 59 yaşında erkek hastayı sunuyoruz. Hastaya lens ekstraksiyonu, lens içi yabancı cisim çıkarılması ve göz içi lens implantasyonu yapıldı. Hastanın 16 aylık takip sonundaki en iyi düzeltilmiş görme keskinliği 20/20 idi.

Anahtar Kelimeler: Lens içi yabancı cisim, penetran göz travması, travmatik katarakt.

ABSTRACT

Intralenticular foreign bodies comprise about 5-10% of all intraocular foreign bodies and can result in serious ocular complications. Intralenticular foreign bodies cause visually significant cataract in almost all cases. The management depends on some factors like size, location and material type. We present a 59 year-old man with an intralenticular metal foreign body in the right eye that underwent lens aspiration with removal of the intralenticular foreign body and insertion of a posterior chamber intraocular lens with 20/20 best-corrected visual acuity during 16 months follow-up.

Key Words: Intralenticular foreign body, penetrating eye injury, traumatic cataract.

GİRİŞ

Yetişkinlerdeki görme kayıplarının en önemli nedenlerinden biri yabancı cisimlerin neden olduğu glob perforasyonlarıdır. Göz içi yabancı cisim (GİYC)'ler tüm glob perforasyonlarında yaklaşık %40 oranında görülür. Lens içi yabancı cisim (LİYC)'ler ise GİYC'lerin %5 ile %10'unu oluşturur.^{1,2}

LİYC'lerde kataraktlar genellikle metalik yabancı cisimlere bağlı gelişir. Olguların çoğunda, lens kapsülünün bütünlüğünün bozulmasına bağlı olarak lens opaklaşarak görmeyi bozar ve katarakt cerrahisi gerekir. Ayrıca lens proteinlerindeki kaçağa bağlı göz içi basıncı artışı ve şiddetli göz içi inflamasyon gelişebilir.³⁻⁴

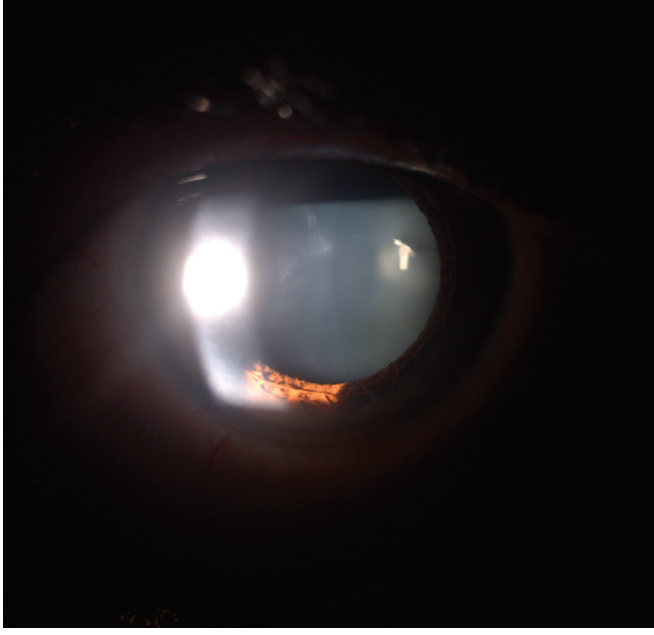
Demir içeren GİYC'de en önemli komplikasyon siderozis bulbi gelişimidir. Bu durum çok kısa sürede veya yalaranmadan uzun yıllar sonra gelişebilir. Bu yüzden hastanın lensindeki yabancı cisim çıkarılmıyacaksa hasta siderozis bulbi açısından sıkı takibe alınmalıdır. Çoğu vakada GİYC'in erken cerrahi müdahale ile alınması özellikle son dönemdeki GİYC'in güvenli çıkarılmasına olanak veren cerrahi alandaki ilerlemelerle standart tedavi haline gelmiştir.³ Nadiren çok uzun yıllar lensin şeffaflığı etkilenmemiş ve komplikasyon gelişmemiş olabilir.⁵ Bu olgu sunumunda kapalı kornea perforasyonu ve metalik lens içi yabancı cisim olan bir hastanın tedavisinin tartışılması amaçlanmıştır.

- 1- M.D. Asistant Professor, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Sivas/TURKEY
VURAL OZEC A., aysevural76@hotmail.com
TOKER M.I., ilkertoker@gmail.com
- 2- M.D., Ulus State Hospital, Eye Clinic, Ankara/TURKEY
KOSKER M., mustafakosker0@gmail.com
- 3- M.D., Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Sivas/TURKEY
KIRBOGA K., dr_kadirkirboga@hotmail.com
- 4- M.D. Professor, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Ophthalmology, Sivas/TURKEY
ERDOGAN H., herdogan65@gmail.com
TOPALKARA A., atopalkara@gmail.com
ARICI M.K., kemalarici@hotmail.com

Geliş Tarihi - Received: 12.01.2014
Kabul Tarihi - Accepted: 13.03.2013
Glo-Kat 2014;9:218-220

Yazışma Adresi / Correspondence Adress: M.D. Mustafa KOSKER
Rüzgarlı Cad. Gayret Sok. No:6 Ulus - Ankara/TURKEY

Phone: +90 507 876 11 01
E-Mail: mustafakosker0@gmail.com



Resim: Dilatasyon sonrası üst nazalde lens içinde yabancı cisim izleniyor.

OLGU SUNUMU

Elli dokuz yaşında erkek hasta sağ kapalı kornea perforasyonu tanısıyla hastanemize sevk edildi. Çalışırken sağ gözüne demir parçası kaçtığını ve görmesinin azaldığını belirtti. Sistemik ve oküler bir hastalığı yoktu.

Muayenesinde en iyi düzeltilmiş görme keskinliği sağ gözünde 0.2 idi. Göz içi basıncı 22 mmHg idi. Biyomikroskopik muayenede kornea santralinde yaklaşık 1 mm genişliğinde tam kat kornea kesisi vardı. Sie-del testi negatifti. Pupilla ışık refleksi normaldi ve iriste hasar yoktu. Lensin ön kapsülü perforeydi ve dilatasyon sonrası üst nazalde lens içinde yabancı cisim mevcuttu (Resim). Arka kapsül intaktı. Fundus doğaldı ve arka segmentte yabancı cisim görülmedi. Dış merkezde çekilen 1 mm kesitli orbita bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde yabancı cisim saptanamadı.

İlk muayenede ön kamarada 1 pozitif hücre mevcuttu ve lens şeffaftı. Hasta hastaneye yatırıldı ve %0.5 moksifloksasin damla saat başı, %1 siklopentolat hidroklorür damla günde 3 kez 1 damla ve 1% prednizolon asetat damla günde 8 kez 1 damla olarak başlandı. Hastanın vizyonunun düşmüş olması, katarakt gelişme ihtimali, yabancı cismin demir olmasına bağlı siderozis bulbi ve glokom gelişebilme riski ve hastanın düzenli takiplere gelemeyeceği düşünülerek hastaya lens ekstraksiyonu, lens içi yabancı cisim çıkarılması ve göz içi lens implantasyonu yapılması planlandı.

Lokal anestezi altında saydam kornea 2.8 mm'lik ana kesi yapıldıktan sonra 6 mm çapında kapsülörektomi yapıldı. Lens içindeki metalik yabancı cisim kapsül penseti yardımıyla çıkarıldı.

Hidrodiseksiyon yapıldıktan sonra lens aspirasyonla alındı. Ön kamaraya triamsinolon verildiğinde arka kapsülün iğ şeklinde rüptüre olduğu görüldü. Ön vitrektomi yapıldıktan sonra sulkusa 3 parçalı hidrofobik akrilik intraoküler lens implantasyonu yapıldı. Kesi yerleri şişirildikten sonra ön kamaraya sefuroksim 1mg/0.1ml verilerek cerrahi işleme son verildi. Kornea perforasyonu bölgesinde ameliyat boyunca herhangi bir kaçak izlenmedi. Ameliyat sonrası hastaya saat başı topikal pred-nizolon asetat 1 hafta, moksifloksasin günde 8 kez 1 damla 3 hafta boyunca uygulandı. Prednizolon asetat 4 haftalık süreçte azaltılarak kesildi. Bir hafta sonraki kontrolde sağ gözünde görmesi tamdı. Göz içi lens (GİL) santralize, ön kamarada 2 pozitif hücre vardı. Göz içi basıncı 14 mmHG idi. Fundus normaldi. Hastanın 16 aylık takipten sonra son vizitteki düzeltilmiş görme keskinliği tam idi ve bu süreçte herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Lens hasarı LİYC'lerin eşlik ettiği travmalarda sık görülen bir sekeldir. Ön lens kapsülünün iyileşme kapasitesinin subkapsüler epitelden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kapsüler defekt küçükse, epitelyal proliferasyon kapsülün bütünlüğünü hızlıca tekrar oluşturur ve ilerleyici katarakta neden olan iyonların ve sıvının serbest geçişini sınırlar.⁶

LİYC'lerin gösterilmesi için direk, lateral grafi ve orbita BT faydalı olabilmektedir. BT, özellikle metalik yabancı cisim varlığında oldukça yararlıdır. Bununla birlikte BT'de, çok küçük yabancı cisimler saptanamayabilir. Wu ve ark. perforan kornea ve iris hasarı olan bir olguda ultrasonografi ve orbita BT'de saptanamayan lens içinde 1x1x1 mm boyutlarındaki yabancı cisim cerrahi sırasında tesadüfen fark edildiğini bildirmişlerdir.⁷ Bizim vakamızda LİYC 1 mm kesitli orbita bilgisayarlı tomografi tetkikinde saptanamadı. Bu nedenle kapalı perforasyonlu periferik lens hasarının olduğu olgularda iris hasarı olmasa ve orbita bilgisayarlı tomografide YC görülmesi de pupil genişletilerek lens dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir.

Lens içi yabancı cisimlerin eşlik ettiği travmatize saydam lensin tedavisinde LİYC'nin özellikleri, lens tutulumunun yerleşimi ve boyutu, hasta yaşı (genç hastalardaki akomodatif potansiyelden dolayı) ve yapılabilecek cerrahi prosedürler dikkatli değerlendirilmelidir.⁸⁻⁹ Literatürde lens içinde yabancı cismin uzun süre semptomsuz bir şekilde kaldığı ve görmesinin korunduğu olgular bildirilmiştir.¹⁰⁻¹¹ Bizim olgumuzda vizyonun düşmüş olması, katarakt gelişme ihtimali, yabancı cismin demir olmasına bağlı siderozis bulbi ve glokom gelişebilme riski ve hastanın sosyal nedenlerden dolayı düzenli takiplere gelemeyeceği düşünüldüğünden cerrahi planlandı.

Küçük periferik lens hasarlanmalarında, saydam lensi koruyarak yabancı cisim forseps yardımıyla çıkarmak alternatif bir yöntemdir. Ama ilk cerrahide lens ekstraksiyonu ve GİL implantasyonu yapılması hastayı ikinci bir cerrahiden kurtaracaktır.¹²

GİYC'nin lens önünde lokalize olduğu olgularda siderozis bulbi gelişme riski GİYC'nin lens arkasında olduğu olgulara göre daha az olası olmasına rağmen oküler siderozis LİYC'lere bağlı da gelişebilmektedir. Göz içi demir bulunan düzenli takiplere gelebilecek hastalarda konservatif tedavi tercih edilirse hastalar 2-3 ayda bir elektoretinogramla takip edilmelidir. Elektoretinogramda oküler siderozis bulguları izlenirse hemen yabancı cisim alınmalıdır.¹³

Sonuç olarak toksik ve inflamatuvar reaksiyona yol açan lens içi yabancı cisimler özellikle hasta takibinin zor olduğu olgularda erken dönemde çıkarılmalıdır. Aynı seansta lens ekstraksiyonu ve GİL konulması hastaları ikinci bir cerrahi işlemden kurtaracağı için tercih edilmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi uzun süreli takipte de çok iyi görsel sonuçlar elde edilebilir. Ayrıca oküler hasar riski olan meslek gruplarında koruyucu gözlüklerin kullanılması konusunda toplum bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR/REFERENCES

1. Arora R, Sanga L, Kumar M, et al. Intralenticular foreign bodies: report of eight cases and review of management. *Indian J Ophthalmol.* 2000;48:119-22.
2. Cazabon S, Dabbs TR. Intralenticular metallic foreign body. *J Cataract Refract Surg.* 2002;28:2233-34.
3. Hope-Ross M, Mahon GJ, Johnston PB. Ocular siderosis. *Eye.* 1993;7:419-25.
4. Coleman DJ, Lucas BC, Rondeau MJ, et al. Management of intralenticular foreign body. *Ophthalmology.* 1987;94:1647-53.
5. Shiraishi S, Ueyama A, Okazaki T, et al. A case of intralenticular foreign iron body without any symptoms for 20 years. *Nihon Ganka Gakkai Zasshi.* 2008;112:882-6.
6. Fagerholm PP, Philipson BT. Human traumatic cataract. A quantitative microradiographic and electron microscopic study. *Acta Ophthalmol (Copenh).* 1979;57:20-32.
7. Wu TT, Kung YH, Sheu SJ, et al. Lens siderosis resulting from a tiny missed intralenticular foreign body. *J Chin Med Assoc* 2009;72:42-44.
8. Begle HL. Perforating injuries of the eye by small steel fragments. *Am J Ophthalmol.* 1929;12:970-977.
9. Rychener RO. Siderosis following intralenticular foreign body. *Am J Ophthalmol.* 1946;29:346.
10. Chang YS, Jeong YC, Ko BY. A case of an asymptomatic intralenticular foreign body. *Korean J Ophthalmol* 2008;22:272-5.
11. Guler M, Yilmaz T, Yigit M. A case of a retained intralenticular foreign body for two years. *Clin Ophthalmol* 2010;4:955-7.
12. O'Neill E, Eagling EM. Intraocular foreign bodies: indications for lensectomy and vitrectomy. *Trans Ophthalmol Soc UK.* 1978;98:47-48.
13. Sneed SR, Weingeist TA. Management of siderosis bulbi due to a retained iron-contained intraocular foreign body. *Ophthalmology.* 1990;97:375-9.